

LUBELSKI ROCZNIK PEDAGOGICZNY
T. XXXV, z. 3 – 2016

DOI: 10.17951/lrp.2016.35.3.257

MARLENA DUDA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA A ZDROWIE LUBELSKICH LICEALISTÓW

Abstrakt: Wzrastająca liczba dzieci i młodzieży zmagających się z przewlekłymi chorobami oraz innymi problemami zdrowotnymi rodzi potrzebę bliższego przyjrzenia się problematyce trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym wynikających ze złego stanu zdrowia. Diagnozowanie poczucia jakości życia u licealistów i jej zależności od zdrowia jest procedurą niezbędną do określenia możliwości wczesnej interwencji w przeciwdziałaniu negatywnym psychospołecznym skutkom choroby przewlekłej. Celem opracowania jest określenie poczucia jakości życia licealistów z problemami zdrowotnymi w porównaniu z poczuciem jakości życia zdrowych rówieśników. Przebadano 251 uczniów lubelskich liceów. Zastosowano standaryzowane narzędzie diagnostyczne KIDSCREEN-52 w adaptacji Joanny Mazur i in. Analiza danych pozwala stwierdzić, że jakość życia zależna od zdrowia u młodzieży z problemami zdrowotnymi jest istotnie niższa niż u zdrowych rówieśników, zarówno jeśli chodzi o samopoczucie fizyczne oraz psychiczne, jak i o funkcjonowanie psychospołeczne w środowisku szkolnym. Na szczególną uwagę zasługują kwestie dotyczące odczuwanych emocji, samopoczucia psychicznego, obrazu siebie oraz środowiska szkolnego.

Słowa kluczowe: jakość życia zależna od zdrowia, młodzież, problemy zdrowotne.

WPROWADZENIE

Choroby przewlekłe, jak również inne zaburzenia zaliczające się do problemów zdrowotnych, powodują szereg zmian w każdej płaszczyźnie życia młodego człowieka: codziennych obowiązków, rozwoju poznawczego, emocji, obrazu siebie, relacji z innymi ludźmi i otoczeniem (Solans i in. 2008). Choroba przewlekła może mieć szczególnie negatywny wpływ na relacje z rówieśnikami i funkcjonowanie szkolne

(Drotar i in. 2002). Brak jednoznacznych danych na temat częstotliwości występowania problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży utrudnia oszacowanie skali zjawiska. Trudności te wynikają z rozmaitych sposobów definiowania „choroby przewlekłej” i „problemów zdrowotnych” oraz funkcjonowania wielu źródeł informacji na temat stanu zdrowia (obiektywne dane medyczne a samoocena zdrowia dokonana przez młodzież). Przyjmuje się, że w Polsce około 20–30% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym cierpi z powodu przewlekłych problemów ze zdrowiem (Woynarowska 2010; Kulik, Szewczyk 2006).

Wzrost liczby dzieci i młodzieży zmagających się z chorobami przewlekłymi oraz innymi problemami zdrowotnymi (Morad i in. 2004) sprawia, że zachodzi potrzeba bliższego przyjrzenia się problematyce trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym wynikających ze złego stanu zdrowia.

Choroba przewlekła jest trwającym w dłuższym okresie zaburzeniem, które obniża wydolność i sprawność organizmu. Może mieć charakter postępujący i negatywne rokowania, ale równie dobrze może się wiązać ze względnie normalnym poziomem funkcjonowania i trybem życia, pomimo pewnych nieprawidłowości w zakresie fizycznego i psychicznego stanu dziecka. Ma istotny wpływ na chore dziecko, osobę dorastającą i ich rodzinę (Oleś 2010, s. 93).

„Problemy zdrowotne” to pojęcie szersze niż „choroby przewlekłe”, do których zalicza się oprócz chorób układowych również zaburzenia zdrowia psychospołecznego, uzależnienia i urazy.

Problem zdrowotny można rozpatrywać z punktu widzenia indywidualnego ucznia, jako istniejące u niego zaburzenie rozwoju i zdrowia (lub czynniki ryzyka ich wystąpienia), które może wpływać niekorzystnie na funkcjonowanie i jakość życia w dzieciństwie, młodości oraz wieku dojrzałym i które wymaga działań profilaktycznych i (lub) naprawczych (czyli rozwiązania problemu). Z punktu widzenia populacji szkolnej szczególne znaczenie mają problemy o dużym rozpowszechnieniu, możliwości szerzenia się w zbiorowisku uczniów i uciążliwe dla innych osób (Woynarowska 2000, s. 73).

Młodzież z problemami zdrowotnymi stanowi bardzo niejednorodną grupę nie tylko z uwagi na występowanie różnych jednostek chorobowych, ale także ze względu na rozmaity przebieg chorób.

Badania nad jakością życia w odniesieniu do stanu zdrowia zapoczątkowano na gruncie medycyny w celu oceny funkcjonowania pacjenta w zależności od dolegliwości i ograniczeń wynikających z choroby (Oleś 2010, s. 9). Dominującą rolę

w tym podejściu pełniła subiektywna ocena zdrowia dokonana z punktu widzenia pacjenta. Holistyczny model człowieka ujmuje zdrowie w trzech sferach egzystencji – fizycznej, psychicznej i społecznej, co znajduje odzwierciedlenie w koncepcji jakości życia zależnej od zdrowia bez względu na wiek i płeć badanych. W przypadku badań dotyczących dzieci i młodzieży istotne jest uwzględnienie specyfiki rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Każda sfera funkcjonowania dzieci i młodzieży zawiera w sobie wymiary związane z etapem rozwoju, które modyfikują odczuwaną jakość życia. Jednym z modeli odzwierciedlających problematykę poczucia jakości życia zależnej od zdrowia u dzieci i młodzieży jest KIDSCREEN (Ravens-Sieberer i in. 2001). Dziedziny włączone do modelu jako najbardziej charakterystyczne to:

obszar fizyczny, który obejmuje zdolność do aktywności związanej z wysiłkiem oraz jej ograniczenia, objawy fizyczne, postawę wobec własnego zdrowia, ostre i przewlekłe choroby; obszar psychologiczny, obejmujący uczucia pozytywne i negatywne, samoocenę i obraz ciała, poznawcze funkcjonowanie i zachowanie ogólne; obszar społeczny, który zawiera relacje rówieśnicze, funkcjonowanie w szkole oraz dom i relacje rodzinne (Oleś, 2010 s. 59).

Poczucie jakości życia zależnej od zdrowia jest bardzo dobrym wskaźnikiem stanu zdrowia (Ravens-Sieberer i in. 2001), wpływa również na subiektywne postrzeganie własnej sytuacji życiowej. Poczucie jakości życia kształtuje wiele czynników związanych nie tylko z właściwościami osoby, ale i z rozumieniem zdrowia fizycznego (Meuleners, Lee 2003), rodzajem choroby i środowiskiem, w którym żyje chory (Houben-von Hertten i in. 2015). Stosunki panujące w rodzinie, relacje młodzieży z rodzicami i życie domowe istotnie wpływają na poczucie jakości życia uczniów (Jimenez-Iglesias i in. 2015). Najogólniej ujmując, można powiedzieć, że poczucie jakości życia zależnej od zdrowia to psychologiczny konstrukt opisujący fizyczny, umysłowy, społeczny, psychologiczny i funkcjonalny aspekt dobrego samopoczucia i funkcjonowania z punktu widzenia pacjenta (Ravens-Sieberer i in. 2014). Na zmiany poczucia jakości życia zależnej od zdrowia wpływa nie tylko stan zdrowia, ale i wiek oraz płeć badanych. W badaniach przeprowadzonych na grupie młodzieży z Australii Tanya Meade i Elisabeth Dowswell (2015) również zauważyły, że poczucie jakości życia zależnej od zdrowia istotnie różnicuje grupę ze względu na wiek i płeć. Zgodnie z doniesieniami polskich badaczy (por. Oleś 2010) wskaźnik poczucia jakości życia zależnej od zdrowia u osób z młodszej grupy jest istotnie wyższy niż u osób z grupy starszej, a dziewczęta charakteryzują się poczuciem istotnie niższej jakości życia niż chłopcy (we wszystkich badanych wymiarach). Potwierdza to hipotezę o zmianach w poczuciu jakości życia w miarę

upływu czasu (Meade, Dowswell 2016). Wahania zaobserwowane w badaniach longitudinalnych wskazują na dynamiczne zmiany w odczuwanej jakości życia zależnej od zdrowia – z wiekiem znacząco obniża się, szczególnie u dziewcząt (Meade, Dowswell 2016; zob. Palacio-Vieira 2008). Dowodzi to, że duże znaczenie mają badania nad samopoczuciem psychicznym i fizycznym młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych, która stoi u progu dorosłego życia.

Celem badań nad jakością życia zależną od zdrowia przeprowadzanych wśród młodzieży chorej przewlekle jest ustalenie, w jaki sposób choroba wpływa na satysfakcję z życia, funkcjonowanie psychofizyczne i społeczne tej grupy oraz porównanie otrzymanych wyników z danymi uzyskanymi w badaniach przeprowadzonych wśród uczniów zdrowych. Analiza różnic może być pomocna we wczesnym wykrywaniu pogorszenia samopoczucia i przyczynić się do podjęcia odpowiednio wczesnej interwencji. Co więcej, pozwala na rozpoznanie społecznych i behawioralnych determinant zdrowia młodzieży (Mazur i in. 2011, s. 3).

Środowisko szkolne należy do najważniejszych predyktorów poczucia jakości życia. Specyfika analiz funkcjonowania psychospołecznego młodzieży z problemami zdrowotnymi wyraża się w uwzględnieniu relacji ze środowiskiem szkolnym i samooceny, które w przypadku problemów ze zdrowiem ulegają szczególnym zaburzeniom (Vitulano 2003). Wsparcie nauczycieli i rówieśników, sprzyjające otoczenie szkolne, pozytywny klimat, poczucie przynależności i bezpieczeństwa przyczyniają się do utrzymywania zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów z problemami zdrowotnymi. Natomiast trudności związane z funkcjonowaniem psychospołecznym w szkole (stres, zaległości w opanowywaniu materiału szkolnego, częste absencje, *bullying*, konflikty z nauczycielami) mogą niekorzystnie wpływać na jakość życia uczniów i w konsekwencji pogarszyć ich stan zdrowia (Garcia-Moya i in. 2013).

Szczegółowa analiza wszystkich wymiarów jakości życia pozwala na podjęcie działań w tych obszarach, w których występują problemy. Rozwój badań nad poczuciem jakości życia zależnej od zdrowia u dzieci i młodzieży ściśle związany jest z dopracowywaniem efektywnych metod oddziaływania terapeutycznego i pomocy dla uczniów zmagających się z problemami zdrowotnymi (Vitulano 2003).

Znaczenie środowiska szkolnego w funkcjonowaniu młodzieży dotkniętej różnego rodzaju chorobami wskazuje na jego potencjał w kształtowaniu poczucia jakości życia zależnej od zdrowia, a tym samym stwarza potrzebę szerszych badań nad omawianym zjawiskiem, zwłaszcza że wyniki otrzymane przez Joannę Mazur (2006) wskazują na niekorzystną percepcję środowiska szkolnego przez uczniów. Szkoły odgrywają ważną rolę w poprawie jakości życia oraz promowaniu zdrowia. Powinny być zatem nastawione na zaspokajanie potrzeb zarówno fizycznych, jak i psychicznych młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego.

Niestety, niedostatki w przygotowaniu nauczycieli do pełnionej przez nich roli są jedną z podstawowych barier w efektywnym radzeniu sobie z trudnościami młodzieży przewlekle chorej (Lauder i in. 2009).

BADANIA WŁASNE

Badania miały na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie: Jakie jest poczucie jakości życia zależnej od zdrowia u młodzieży z problemami zdrowotnymi uczęszczającej do liceum ogólnokształcącego? Za pomocne uznano następujące pytania szczegółowe:

- 1) Jakie jest samopoczucie fizyczne młodzieży z problemami zdrowotnymi?
- 2) Jakie jest samopoczucie psychiczne młodzieży z problemami zdrowotnymi?
- 3) Jaki jest poziom funkcjonowania psychospołecznego badanej grupy w rodzinie i szkole?

Pomiaru zmiennej dokonano z zastosowaniem polskiej adaptacji KIDSCREEN (Mazur i in. 2011) – standaryzowanego narzędzia do badania jakości życia zależnej od zdrowia u dzieci i młodzieży – oraz metryczkę z podstawowymi pytaniami dotyczącymi stanu zdrowia. Kwestionariusz powstał na podstawie modelu teoretycznego KIDSCREEN (Ravens-Sieberer i in. 2005; zob. Ravens-Sieberer i in. 2014). W ujęciu tym wyodrębniono następujące obszary funkcjonowania człowieka: fizyczny, psychiczny i społeczny.

Wymiar fizyczny zawiera zdolność do aktywności związanej z wysiłkiem oraz jej ograniczenia, występowanie chorób i objawy fizyczne oraz postawę wobec własnego zdrowia. Obszar psychiczny ujmuje uczucia, samoocenę i obraz ciała, poznawcze funkcjonowanie i zachowanie ogólne; obszar społeczny zaś tworzą relacje rówieśnicze, funkcjonowanie szkolne oraz dom i relacje rodzinne (Oleś 2010, s. 170).

KIDSCREEN jest narzędziem służącym do samoopisu, które składa się z 52 stwierdzeń charakteryzujących różne obszary funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego: samopoczucie fizyczne, samopoczucie psychiczne, nastroje i emocje, obraz samego siebie, niezależność, rodzina i życie w domu, zasoby finansowe, wsparcie społeczne i rówieśnicy, środowisko szkolne i akceptacja społeczna. Kwestionariusz bada stopień nasilenia bądź częstotliwości danego zjawiska – respondent odpowiada na pytania w skali pięciostopniowej (od najmniej korzystnej do najbardziej korzystnej oceny). Im wyższy stopień wskazuje, tym wyższe ma

poczucie jakości życia zależnej od zdrowia. Jest to metoda niespecyficzna, pozwalająca na badanie jakości życia zarówno młodzieży zdrowej, jak i z problemami zdrowotnymi (bez względu na typ choroby).

Na potrzeby niniejszej pracy przebadano 251 uczniów lubelskich liceów ogólnokształcących: 176 dziewcząt (70,12%) i 75 chłopców (29,88%). Wiek badanych mieścił się w przedziale od 16 do 19 lat ($M = 17,42$; $SD = 0,53$). Największą grupą byli uczniowie w wieku 17 lat (56,57%) i 18 lat (41,43%). Grupa młodzieży w wieku 16 i 19 lat stanowiła około 2% badanych. Zdecydowana większość badanych pochodziła ze wsi (60,96%; 39,04% – mieszkańcy miasta). Przeważająca część licealistów zgłaszała obecność problemów zdrowotnych (78,08%; 21,92% nie zgłaszało takich problemów), przy czym najwięcej osób (29,53%) sygnalizowało cztery i więcej problemów zdrowotnych jednocześnie. O jednym problemie zdrowotnym mówiło 26,53% licealistów, a o dwóch i trzech – odpowiednio 21,43% i 22,45% badanych. Najczęściej wskazywano bóle głowy (53,12%), uzależnienia (27,04%), alergie (25,21%) i choroby dermatologiczne (20,92%). Biorąc pod uwagę wysoki odsetek licealistów zmagających się na co dzień z różnego rodzaju chorobami, można stwierdzić, że subiektywna ocena własnego zdrowia jest stosunkowo wysoka – ponad 72% badanych licealistów określiło swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre, a jedynie niecałe 4% jako złe i bardzo złe. Osoby, które nie potrafiły jednoznacznie ocenić swojego stanu zdrowia, stanowiły 25% badanych.

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej z zastosowaniem IBM SPSS Statistics, wersja 22. Do badania istotności różnic między grupami zastosowano test U Manna-Whitneya. Nieparametryczny odpowiednik testów t stosujemy, gdy dane nie spełniają założeń przewidzianych dla testów parametrycznych. W analizie jako istotne przyjęto wyniki, dla których wartość prawdopodobieństwa była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 ($p < 0,05$).

WYNIKI BADAŃ

Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, iż zmienna „stan zdrowia” istotnie różnicuje jakość życia w sześciu wymiarach na dziesięć (samopoczucie fizyczne, samopoczucie psychiczne, nastroje i emocje, obraz siebie, środowisko szkolne i akceptacja społeczna). Znaczące różnice uzyskano w wymiarach: nastroje i emocje oraz samopoczucie psychiczne i środowisko szkolne, w których licealiści z problemami zdrowotnymi uzyskali wyniki znacznie niższe od zdrowych rówieśników (tabela 1).

Tabela 1. Porównanie średnich wyników poczucia jakości życia zależnej od zdrowia u chorych i zdrowych licealistów

Wymiary jakości życia zależnej od zdrowia	Średnia ranga u chorych uczniów (N = 196)	Średnia ranga u zdrowych uczniów (N = 55)	Istotność różnic	
			Z	p
samopoczucie fizyczne	119,16	150,36	-2,83	0,005*
samopoczucie psychiczne	117,79	155,27	-3,39	0,001*
nastroje i emocje	114,76	166,05	-4,64	0,000*
obraz siebie	118,83	151,56	-2,96	0,003*
niezależność	123,28	135,71	-1,12	0,260
rodzina	121,45	142,23	-1,88	0,060
zasoby finansowe	123,70	134,18	-0,95	0,341
wsparcie społeczne	124,35	131,89	-0,68	0,495
środowisko szkolne	118,02	154,43	-3,30	0,001*
akceptacja społeczna	120,00	147,37	-2,58	0,010*

* $p < 0,05$

Źródło: Opracowanie własne.

Samopoczucie fizyczne młodzieży z problemami zdrowotnymi jest istotnie gorsze w porównaniu z samopoczuciem zdrowych rówieśników. Oznacza to, że licealiści zmagający się na co dzień z różnego rodzaju chorobami charakteryzują się znacząco mniejszą gotowością do podejmowania wysiłku fizycznego i akcentują poczucie braku energii oraz większą męczliwość. Nisko oceniają własne zdrowie i aktywność fizyczną. Widoczne jest też gorsze ogólne samopoczucie niż w przypadku młodzieży zdrowej. Uczniowie chorzy są mniej spontaniczni w podejmowaniu wysiłku fizycznego niż ich rówieśnicy. Samopoczucie psychiczne wyraża się w ogólnym zadowoleniu z życia, odczuwaniu pozytywnych emocji, radości i szczęścia. Młodzież z problemami zdrowotnymi znacznie rzadziej niż zdrowa odczuwa dobre samopoczucie, a częściej doświadcza emocji negatywnych, obniżenia nastroju i radości z życia. Zdrowie bezpośrednio łączy się więc z obszarem nastrojów i emocji. Wśród badanych istotnie częściej gorszym nastrojem charakteryzują się osoby chore. Mają one problemy z samotnością i smutkiem. Często nie mogą poradzić sobie z problemami i czują się nimi przytłoczone. Są niezadowolone ze swojego życia, przekonane o jego beznadziejności i ogólnie zniechęcone. Znacznie częściej niż osoby zdrowe zmagają się z negatywnymi uczuciami. Niższy wynik w wymiarze nastrojów i emocji w grupie z problemami zdrowotnymi wskazuje na rosnące zagrożenie stanami depresyjnymi wśród chorych licealistów. Niższy wynik dotyczący obrazu siebie wiąże się natomiast z przeżywaniem negatywnych emocji spowodowanych niską samooceną i obniżonym poczuciem własnej wartości. Młodzież z problemami zdrowotnymi znacznie gorzej ocenia swój wygląd zewnętrzny, czuje się źle we własnym ciele i istotnie częściej deklaruje chęć zmiany

swojej aparycji. Niższe niż u osób zdrowych wyniki uzyskane w wymiarze środowiska szkolnego wskazują na istnienie pewnych trudności związanych z odnalezieniem się w sytuacji szkolnej i radzeniu sobie z wypełnianiem obowiązków ucznia. Istotnie częściej chorzy licealiści doświadczali problemów z aklimatyzowaniem się w szkole, czuli się niezadowoleni z przebywania w niej i mieli kłopoty w uczeniu się, a chodzenie do szkoły nie sprawiało im przyjemności. Związane jest to z mniejszym zadowoleniem z kontaktów z nauczycielami wśród uczniów o złym stanie zdrowia. Trudności szkolne wynikają z niższego niż u zdrowych rówieśników poziomu akceptacji społecznej. Licealiści z problemami zdrowotnymi istotnie częściej padali ofiarami bullyingu, byli osamotnieni w klasie i odrzuceni. Niejednokrotnie obawiali się kontaktu z pozostałymi uczniami i doświadczali dręczenia ze strony innych osób.

W przypadku wymiarów: niezależność, rodzina, zasoby finansowe i wsparcie społeczne młodzież chora przewlekłe również otrzymała wyniki niższe niż zdrowi rówieśnicy, jednak różnica ta nie była na poziomie istotności statystycznej.

Wyniki uzyskane w zakresie samopoczucia fizycznego i psychicznego, nastroju i emocji, obrazu siebie oraz środowiska szkolnego i akceptacji społecznej pozwalają stwierdzić, że młodzież z problemami zdrowotnymi istotnie różni się od rówieśników poczuciem jakości życia zależnej od zdrowia. Młodzież z problemami zdrowotnymi charakteryzuje się istotnie niższym poczuciem jakości życia zależnej od zdrowia w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Na poziom poczucia jakości życia zależnej od zdrowia ma wpływ wiele czynników, w tym stan zdrowia, płeć i wiek badanych (Meade, Dowswell 2016). Uzyskane w trakcie analiz dane pozwalają stwierdzić, że jakość życia zależna od zdrowia młodzieży z problemami zdrowotnymi jest istotnie niższa niż u zdrowych rówieśników, zarówno w przypadku samopoczucia fizycznego oraz psychicznego, jak i funkcjonowania psychospołecznego w środowisku szkolnym. Na szczególną uwagę zasługują wymiary związane z odczuwaniem emocji, samopoczuciem psychicznym, obrazem siebie oraz środowiskiem szkolnym. Podobne wyniki uzyskał w swoich badaniach Muhammad Siddique i in. (2015). Najniższy wynik poczucia jakości życia dotyczył tam wymiarów: środowisko szkolne i poczucie własnej wartości. Dlatego dbałość o poczucie wysokiej jakości życia młodzieży jest najskuteczniejszym sposobem przeciwdziałania problemom emocjonalnym takim jak ryzyko depresji, niska samoocena czy zaburzenia lękowe. Według doniesień Marii Oleś (2010) porównanie zdrowych i chorych nastolatków w zakresie wszystkich wymiarów

modelu KIDSCREEN-52 wskazało na istotne statystycznie różnice w obszarach: samopoczucia fizycznego i psychicznego, relacji z rówieśnikami, autonomii oraz zasobów finansowych. Natomiast w zakresie środowiska szkolnego i percepcji siebie wyniki były nieistotne statystycznie. Podobne wnioski wysnuto w badaniach młodzieży koordynowanych przez Chara Tzavara (2012). Młodzież z problemami zdrowotnymi charakteryzowała się istotnie niższą jakością życia zależną od zdrowia w porównaniu z jakością życia u zdrowych rówieśników, zarówno w wymiarze zdrowia fizycznego, jak i w pozostałych badanych obszarach.

Uczniowie wykazujący niepokojąco niski poziom funkcjonowania szkolnego, który wskazuje również na obniżone poczucie jakości życia zależnej od zdrowia, w badaniach Frei Nitki i in. (2016) okazali się również zagrożeni wystąpieniem epizodu psychotycznego. Porównanie między młodzieżą zdrową a zagrożoną psychozą wykazało, że ta druga uzyskała istotnie niższe wyniki w następujących wymiarach: samopoczucie fizyczne, samopoczucie psychiczne i środowisko szkolne. Młodzież, u której wystąpiło wysokie ryzyko psychozy, miała znacznie niższe poczucie jakości życia zależnej od zdrowia niż zdrowi rówieśnicy, co zostało stwierdzone głównie na podstawie oceny środowiska szkolnego. Wyniki te mogą być interpretowane jako trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym, które ujawniają się w problemach ze spełnianiem wymagań szkolnych (Nitka i in. 2016). Niższe wyniki dotyczące akceptacji społecznej wskazują na występowanie bullyingu, którego ofiarą pada przewlekłe chora młodzież. Jak pokazały kolejne badania (Chen, Huang 2015), doświadczająca bullyingu młodzież odczuwała spadek poczucia jakości życia, a – co więcej – fakt doświadczania przemocy ze strony rówieśników wpływał na występowanie problemów zdrowotnych również w wieku dorosłym.

Przytoczone wyniki pokazują, które wymiary poczucia jakości życia są szczególnie związane z obniżaniem się zadowolenia z życia, a więc stanowią źródło problemów i trudności młodzieży przewlekłe chorej (Oleś 2010; Nitka i in. 2016; Tzavara i in. 2012). Jednocześnie wysuwają na pierwszy plan sfery funkcjonowania, które wymagają szczególnego wsparcia. Wyniki te podkreślają znaczenie oddziaływań pedagogiczno-psychologicznych szkoły w zakresie podnoszenia jakości życia młodzieży przewlekłe chorej. W związku z ryzykiem pogarszania się stanu zdrowia psychicznego i fizycznego tej grupy młodzieży wczesne oznaki spadku poczucia jakości życia zależnej od zdrowia mogą być wskazaniem do bliższego przyjrzenia się problemom oraz szybkiego wdrożenia działań pomocowych i terapeutycznych (Meade, Dowswell 2016).

PODSUMOWANIE

Zaprezentowane w artykule wyniki badań własnych i innych autorów uprawniają do sformułowania wniosków dotyczących pracy z młodzieżą z problemami zdrowotnymi:

- 1) Badania nad poczuciem jakości życia są cennym źródłem informacji i pomagają zidentyfikować wymiary funkcjonowania psychospołecznego uczniów, którzy są bardziej zagrożeni zaburzeniami.
- 2) Szkoła powinna być ukierunkowana na indywidualizację oddziaływań terapeutycznych w pracy z młodzieżą z problemami zdrowotnymi.
- 3) Systematyczny monitoring i analiza badań dotyczących poczucia jakości życia oraz stanu zdrowia młodzieży powinny stanowić podstawę do planowania i wytyczania celów pracy szkoły.
- 4) Dzięki pomiarom poczucia jakości życia subiektywne odczucia uczniów są na stałe włączone do procesu edukacyjnego, terapeutycznego i wychowawczego szkoły.
- 5) Większa świadomość nauczycieli dotycząca trudności ucznia chorego pozwoli nie tylko na podnoszenie kompetencji zawodowych, ale przede wszystkim na poprawienie komunikacji między dydaktykiem a podopiecznym.
- 6) Badania poczucia jakości życia mogą stanowić punkt wyjścia do bardziej szczegółowych badań i podejmowania interwencji.

LITERATURA

- Chen Y.Y., Huang J.H., 2015, *Precollege and in-college bullying experiences and health-related quality of life among college students*. "Pediatrics", 1(135), 18–25, DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-1798>.
- Deshpande P.R., Rajan S., Sudeepthi B.L., Nazir A.C.P., 2011, *Patient-reported outcomes: a new era in clinical research*. "PerspectClin Res" 2(4), 137–144, DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2229-3485.86879>.
- Drotar D., Witherspoon D.O., Zebracki K., Peterson C.C., 2002, *Psychological interventions in childhood chronic illness*. Washington, American Psychological Association.
- Garcia-Moya I., Rivera F., Moreno C., 2013, *School context and health in adolescence: The role of sense of coherence*. "Scandinavian Journal of Psychology", 54, 243–249, DOI: 10.1111/sjop.12041.

- Houben-von Hertten M., Bai G., Hafkamp E., Landgraf J.M., Raat H., 2015, *Determinants of health-related quality of life in school-aged children: a general population study in the Netherlands*. "Plos One", 10(5), 1–13, DOI: 10.1371/journal.pone.0125083.
- Jimenez-Iglesias A., Moreno C., Ramos P., Rivera F., 2015, *What family dimensions are important for health-related quality of life in adolescence?* "Journal of Youth Studies", 1(18), 53–67, DOI: 10.1080/13676261.2014.933191.
- Kulik A., Szewczyk L., 2006, *Psychofizyczne funkcjonowanie nastolatków w Polsce*. W: J.C. Czabała, E. Zasępa (red.), *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji*. Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 113–123.
- Lauder W., Burton C., Roxburgh C.M., Themessl-Huber M., O'Neill M., Abubakari A., 2009, *Psychosocial health and health-related quality of life in school pupils 11–18 years*. "Journal of Clinical Nursing", 19, 1821–1829, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02653.x.
- Mazur J., 2006, *Badania nad jakością życia dzieci i młodzieży*. „Remedium”, 3(157), 1–3.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., Dzielska A., Tabak I., 2011, *Polska wersja kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży KIDSCREEN*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.
- Meade T., Dowswell E., 2015, *Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison*. "Quality of Life Research", 24, 2933–2938, DOI: 10.1007/s11136-015-1033-4.
- Meade T., Dowswell E., 2016, *Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: a three year longitudinal study*. "Health & Quality of Life Outcomes", 14, 1–8, DOI 10.1186/s12955-016-0415-9.
- Meulenes L.B., Lee A.H., 2003, *Adolescent quality of life: a school-based cohort study in Western Australia*. "Pediatrics International", 45, 706–711, DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-200X.2003.01798.x>.
- Morad M., Kandel I., Hyam E., Merrick J., 2004, *Adolescence, chronic illness and disability*. „International Journal Of Adolescent Medicine And Health", 16(1), 21–27, DOI: <http://dx.doi.org/10.1515/IJAMH.2004.16.1.21>.
- Nitka F., Richter J., Parzer P., Resch F., Henze R., 2016, *Health-related quality of life among adolescents: A comparison between subjects at ultra-high risk for psychosis and healthy controls*. "Psychiatry Research", 235, 110–115, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.040>.
- Oleś M., 2010, *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*. Lublin, Wydawnictwo KUL.
- Palacio-Vieira J.A., Villalonga-Olives E., Valderas J.M., Espallargues M., Herdman, M., Berra S., Alonso J., Rajmil L., 2008, *Changes in health-related quality of life*

- (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. "Quality of Life Research", 17(10), 1207–1215, DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-008-9405-7>.
- Ravens-Sieberer U., Gosch A., Rajmil L., Erhart M., Bruil J., Duer W., Auquier P., Power M., Abel T., Czemy L., Mazur J., Czimbalmos A., Tourtas Y., Hagquist C., Kilroe J. and European KIDSCREEN Group, 2005, *KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents*. "Pharmacoeconomics and Outcomes Research", 5(3), 353–364, DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/14737167.5.3.353>.
- Ravens-Sieberer U., Herdmann M., Devine J., Otto Ch., Bullinger M., Rose M., Klasen F., 2014, *The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application and future advances*. "Quality of Life Research", 23, 791–803, DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0428-3>.
- Ravens-Sieberer U., Gosch A., Abel T., Auquier P., Bellach B.-M., Bruil J., Dür W., Power M., Rajmil L. and the European KIDSCREEN Group, 2001, *Quality of Life in Children and Adolescents: A European Public Health Perspective*. "Social and Preventive Medicine", 46(5), 294–302, DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01321080>.
- Rivera C., Mamondi V., Fueyo J.L., Jouglard E.F., Pogany L., Sanchez M.C., Prina M., Roizen M., Esandi M.E., Berra S., 2015, *Health-related quality of life in children with and without chronic conditions. A multicenter study*. "Arch Argent Pediatr", 113(5), 404–410.
- Siddique M., Ayub A., Hussain H., 2015, *Health related quality of life in school going adolescents of Khyber Pakhtun-Khwa Pakistan*. "J Ayub Med Coll Abbottabad", 27(3), 594–597.
- Solans M., Pane S., Estrada M.D., Serra-Sutton V., Berra S., Herdman M., Alonso J., Rajmil L., 2008, *Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments*. "Value Health", 11(4), 742–764, DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>.
- Tzavara Ch., Tzonou A., Zervas I., Ravens-Sieberer U., Dimitrakaki Ch., Tountas Y., 2012, *Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 in a Greek adolescent population*, "International Journal for Equity in Health", 11, 1–7.
- Vitulano L.A., 2003, *Psychosocial issues for children and adolescents with chronic illness: self-esteem, school functioning and sports participation*. "Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America", 12(3), 585–92, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00027-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00027-0).
- Wojnarowska B., 2000, *Problemy zdrowotne – epidemiologia*, W: B. Wojnarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 73–83.

Woynarowska B. (red.), 2010, *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

QUALITY OF LIFE AND HEALTH OF SENIOR HIGH SCHOOL IN LUBLIN

Abstract: The increasing number of children and young people struggling with chronic diseases and other health problems indicates the need for a closer look at the problem of difficulties in the functioning of psychosocial resulting from ill health. Diagnosing the level of sense of life quality depends on the health of high school students is a necessary procedure in order to identify opportunities for early intervention in countering the negative psychosocial effects of chronic disease. Determining the level of sense of life quality for high school students with health problems compared to healthy peers was conducted. There were examined 251 students in Lublin high schools. Standardized diagnostic questionnaire KIDSCREEN-52 by J. Mazur et al. was used. Results obtained during the analysis of evidence suggest that health-related quality of life of young people with health problems is significantly lower than in healthy peers, both in the case of complete physical, mental and psychosocial functioning in the school environment. Particularly noteworthy are the dimensions of felt emotions, psychological well-being, self-image, and the school environment.

Keywords: health-related quality of life, adolescence, health problems.